**Znak sprawy: MCPS.ZP/KBCH/351-2-15/2020 Załącznik nr 9 do IWZ**

**.........................................**

**Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy**

**Informacja dodatkowa dotycząca trenerów**

**Wykaz składany w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2**

**„Doświadczenie trenera”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Wykaz przeprowadzonych szkoleń 1 . Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia:* temat szkolenia: …
* liczba godzin szkoleniowych: …
* termin szkolenia: …

2. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia:* temat szkolenia: …
* liczba godzin szkoleniowych: …
* termin szkolenia: …

3. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia:* temat szkolenia: …
* liczba godzin szkoleniowych: …
* termin szkolenia: …

4. Nazwa zleceniodawcy/organizatora szkolenia:* temat szkolenia: …
* liczba godzin szkoleniowych: …
* termin szkolenia: …

Łączna liczba godzin dydaktycznych szkoleń w zakresie tematycznym - wykazywanych w celu uzyskania dodatkowych punktów w kryterium nr 2 oceny ofert: … |

****